

# 颈性眩晕40例临床分析

附院耳鼻咽喉科 钱永忠

颈性眩晕为一综合证，常由椎一基底动脉系统供血不足或颈部反射异常所致。由于眩晕为本病的主要症状，在其发作时常伴有耳鸣、进行性耳聋、头痛、意识障碍及视症状（复视、视力减退等），因此本病常辗转于内科、神经科、骨科、眼科及耳科之间，如诊断疏忽，常易造成误诊及漏诊。本文就作者自1978年1月至1981年6月收集本病40例并予临床分析如下。

## 临床资料

一、性别与年龄：男性28例，女性12例。年龄自29~68岁，其中40~50岁28例占70%。

二、病程：发病时间自22天~8年。其中发病1月以内者10例；2月以内者5例；3月以内者3例；6月以内者4例；1年以内者8例；2年以内者5例；5年以内者4例；8年者1例。平均发病时间为1年2个月。

三、发病诱因：转头10例；弯腰5例；起床3例；卧床4例；翻身10例；侧身2例；行路2例；外伤2例；原因不明2例。

四、伴发症状：眩晕35例；头痛30例；耳鸣、耳聋32例；意识障碍5例；视症状15例；位置性眩晕15例。

五、前庭功能检查：共作8例冷热水检查（Hallpike改良法）。其中4例正常；3例前庭功能减弱；1例丧失。

六、电测听检查：共作10例。其中听力正常者4例；轻度耳聋（30~40dB者）2例；中度耳聋（40~60dB者）2例；重度耳聋（60~85dB者）1例；全聋（85dB以上）1例。

七、脑血流图检查：共作10例。其中5例正常；脑动脉硬化改变者2例；脑血管紧张度弹性减弱者2例；椎基底动脉供血不足1例。

八、心电图检查：共作12例。其中心电图正常者6例；心动过速3例；心动过缓2例；心肌下壁供血不全1例。

九、血压改变：共测量20例，其中正常者10例，高血压7例；低血压3例。

十、颈椎病变：所有病例均作颈椎部摄片结果如下。颈椎骨质增生肥厚者25例；颈椎骨刺形成5例；椎间隙狭小4例；项韧带钙化2例；颈椎钩突变形3例；颈椎融合1例。

## 讨 论

一、发病机理：颈性眩晕的发病机理主要由于颈椎病变引起椎动脉受压；以或椎动脉周围之交感神经丛蒙受机械性刺激引起内耳血管痉挛，诱发迷路症状和脊神经症状。目前认为本病的主要机制如下：①椎动脉受压发生狭窄或闭塞，最常见的为骨刺增生压迫椎动脉，以或后纵韧带及其周围组织水肿、纤维化、软骨化及钙化所构成的混合性病变压迫侧方椎动脉所致。

另外,先天性畸形、环枢融合畸形,颅底凹陷症,常伴有椎动脉孔缺如或畸形以及颈椎脱位等均可影响椎动脉的血供。②老年性动脉硬化引起的管腔狭窄。当患者的颈部向一侧转动或过伸时均可加重椎动脉缺血以致迷路供血不足产生眩晕、耳鸣、耳聋等症。③颈交感神经受刺激以致椎动脉痉挛。由于椎动脉周围神经丛属后颈交感神经系统,且该神经之纤维来自星状神经节,颈中神经节及椎神经,其后沿椎动脉周围进入颅内,而构成了基底动脉周围神经丛,然后再沿基底动脉分支到内听动脉及周围动脉等。有些学者认为,如骨刺刺激动脉血管周围交感神经网即可导致椎一基底动脉系统血管痉挛而缺血。由于此种急性缺血发生于脑干的网状结构从而导致眩晕、头痛、甚至发生意识障碍。④脊神经病变。脊髓及脊神经根症状的发病机理迄未完全阐明,但骨刺及椎间孔狭小、项韧带肥厚及皱褶均可压迫脊髓及神经根,当颈部屈伸或扭转时则可加重压迫刺激作用引起临床症状。⑤其它。颈椎病变也可压迫脊髓前动脉、根动脉、椎动脉,造成缺血性脊髓病变引起的一系列症状,如颈项痛及肢体无力麻木等。

## 二、临床症状:

**眩晕:**本病的主要症状,出现率在90%以上。眩晕的性质可多种多样如动摇性,旋转性、站立不稳感,眼前黑朦感、浮动感等。(眩晕发作时一半以上伴有耳鸣,约三分之一患者有渐进性耳聋)。本组有35例出现眩晕,且多为动摇性与旋转性眩晕。

**头痛:**出现率为61.9~84%。常为单侧性发作性跳痛,多局限于上枕部或顶枕部。常合并视先兆与恶心、呕吐、出汗、

流涎等植物神经症状。本组有30例出现头痛,其中单侧性头痛为18例。

**意识障碍:**发作性意识障碍多见于25~28.7%的患者。常于转头时突然发生,持续时间一般不超过10~15分钟,少数可达半小时或2~3小时。本组有5例在发病时出现意识障碍。

**视症状:**见于40%的患者,主要表现为复视、视力减退、火花性或水平线性光幻视及暂时性双侧视野缺损。本组有15例出现视症状,其中大部分为复视及视力减退。

**耳鸣、耳聋:**由于椎一基底动脉供血不足引起内听动脉耳蜗支血供障碍,大部分病例可出现耳鸣、耳聋。本组即有32例伴发耳鸣,耳聋达80%。本症状多为双侧性,少数为单侧性。耳聋多为进行性高音下降,一般较轻,但严重者可致全聋。

**位置性眩晕:**目前认为,颈性眩晕多为中枢性眩晕,由于椎动脉受压引起脑干缺血,导致前庭核和Ⅲ、Ⅳ、Ⅵ颅神经受刺激出现眼震。本组病例有15例出现位置性眩晕,其中4例有2个头位出现眼震、1例有3个头位出现眼震。

**三、诊断:**本病的诊断依赖于病史和症状。X线摄片有颈椎病时可支持本病的诊断,如摄片无明显病变,还需结合病史及临床症状作出诊断。其它如椎动脉造影,电生理学检查(脑电图、脑血流图)可协助诊断。

**颈椎摄片:**X线颈椎正、侧位摄片及左、右前斜位摄片检查是诊断本病的主要依据。必要时可再照张口位与颅颈侧位片,可以显示枕骨大孔区骨质的结构畸形。日本学者若山彻将本病194例的X线颈椎摄片及椎动脉造影情况分析如下:其

中男性112例，女性82例。

①颈部骨化25例(13%)。男13,女12,30~40岁。②颈椎骨刺形成112例(57.7%)。男64,女48,40~50岁。③颈椎变形21例(10.8%)。男14,女7,均超过50岁。④颈椎融合9例(4.6%)。男7,女2,均超过50岁。⑤椎间隙狭小3例(1.5%)。男2,女1,20岁1例,60岁2例。⑥椎动脉血供障碍24例(12.4%)。男12,女12,20~40岁。作者认为,椎体活动异常以颈4~5椎间最常见,其次为颈5~6与颈3~4椎间。本组病例X线摄片结果以颈椎骨质增生肥厚为多见,其次为颈椎骨刺及椎间隙狭小等。在颈椎病变中,以第5~6颈椎病变多见,在40例中占22例。颈性眩晕患者作椎动脉造影时72~85%的患者可有某种异常发现,包括颅外段、颅内段与基底动脉异常。经椎动脉造影可确定椎动脉有无狭窄,迂曲变形、移位、先天异常等改变,但因操作复杂、且有一定危险,国内开展该项工作较少。

电生理学检查:脑电图:椎一基底动脉系统供血不足,可不出现脑电图异常。有些患者可出现低幅波快波及弥漫性慢波。脑血流图:常有较明显变化,主要呈现缺血性反应。其表现为椎一基底动脉供应区(枕部导联)脑血流图的变化,在头部转向一侧或颈部过伸,过屈时更加显著。本组作此检查10例中,其中5例有较明显变化。

四、鉴别诊断:在诊断本病时,根据眩晕的特征应与下列疾病鉴别。①美尼尔氏病:发作性眩晕,单侧性耳鸣,耳聋为主,发病时有眼震;②前庭神经炎:突发性眩晕,性质剧烈且有位置影响,可有自发性眼震,症状逐渐减轻;③良性位置性眩晕:一过性及再发性眩晕,随头位运动出现症状;④脑基底动脉机能不全:发作性眩晕,通常伴有脑干症状;⑤听神经瘤:单侧性进行性耳聋。伴发眩晕、耳鸣;⑥精神性眩晕:轻度、持续性眩晕,由于精神紧张可使症状突然加剧。

五、治疗:目前常用的治疗方法有:  
1.颈部牵引:旨在解除颈部肌肉痉挛,以外力使椎间孔及椎间隙增宽增大,神经根所受的压迫刺激得以缓和。伸张扭曲于横突间孔中椎动脉以及缓和椎间盘组织向周缘的外突压力。  
2.理疗与激光照射:可用透热、直流电及氦氛激光照射,具有消除神经根炎性水肿,缓解肌肉痉挛,改善脊神经根以及颈椎的血供与营养状态。晚近我们采用氦氛激光照射颈椎部风府、风池穴位治疗颈性椎晕患者5例取得了良好的效果。  
3.血管扩张剂的应用:包括菸酸,654-2,AT3,5%碳酸氢钠,低分子右旋糖酐,磷酸组织胺,培它啉等药物。如采用上述保守治疗无效且颈椎病变严重者,根据病情可考虑相应手术如骨刺切除,椎体融合、横突孔开放,椎动脉周围神经剥离切除术。